



Fax #: 813-554-5110

Agencia Local: 29

Sitio:

Condado de Hillsborough WIC y Programa de Nutricion de Amamantamiento
Notificación del Empleo/Regreso a la Escuela Para Madres que van a Pompear su Leche Materna

Nombre de Empleado/Estudiante _____
WIC I.D. # _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____ Teléfono _____ Teléfono Celular _____
Correo Electrónico _____

Este documento verifica que yo, _____ soy madre que esta exclusivamente amamantando y que regresa a trabajar o a la escuela. He discutido mis necesidades de pompear con mi empleado y/o apropiio administrador; incluyendo, pero no limitado a, tiempo adecuado, el lugar, y el almacenamiento.

Concuero que yo no venderé, daré o le le prestaré esta pompa de único-usuario a nadie más.

Razón para la Emisión _____
Lugar de Empleo/Escuela _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Nombre de Supervisor(Empleo) _____
Fecha Anticipada de Comienzo _____ Horario de Trabajo/Escuela (Días Regulares & Horas) _____

Bajo Empleados de FLSA son requeridos a proporcionar "tiempo razonable de interrupción para un empleado para expresar leche maternal para su niño.

<http://www.dol.gov/whd/regs/compliance/whdfs73.pdf>

Firma de Participante _____ Fecha _____

Firma del Representante de WIC _____ Fecha _____